



Sehr geehrte Patientin,

um Sie gut beraten und behandeln zu können benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen und teilen Sie uns stets Änderungen bezüglich Ihrer Gesundheit mit.

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum	Alter:	Größe:	Gewicht:
Anschrift	PLZ / Ort		
Tel.			
Email	Hausarzt		

Wann war ihr letzter Besuch beim Frauenarzt?

Wann war ihr erster Tag der letzten Monatsblutung? Tag / Monat / Jahr

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus?

Leiden Sie an Blutungsstörungen?

zu häufig, zu stark, schmerzhaft, geringe oder keine Blutung

Wie oft waren Sie schwanger?

Wie oft haben Sie geboren?

Geburt ?

normal Kaiserschnitt

Sind Ihre Kinder gesund zur Welt gekommen?

Ja Nein

Hatten Sie eine Fehlgeburt?

Ja Nein

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch?

Ja Nein

Waren sie schon einmal gynäkologisch krank?

Ja Nein

Hatte Sie gynäkologische Operationen (Gebärmutter, Eierstöcke)?

Wenn ja, was und wann (Jahr) ?

Hatten Sie schon einmal eine Mammografie?

Ja Nein

Wenn ja, wann war die letzte (Jahr)?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja Nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Allergien / Unverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie)? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Leiden Sie unter Migräne? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Atemwegserkrankungen? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Blutgerinnungsstörung? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Hatten Sie eine Thrombose oder Embolie? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Haben Sie Krampfadern? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Blutungsneigungen? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Schilddrüsenerkrankung (welche)? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Andere Stoffwechselerkrankungen (welche)? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herz- Kreislaufferkrankung? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Erniedrigter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Infektionskrankheiten? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Immunmangelsyndrom (zB. HIV) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Andere | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Lebererkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Magen-Darmerkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Nierenerkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Osteoporose ? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Bösartige Krebserkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Sind Sie schon einmal operiert worden?
(wenn ja, was und wann) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

.....

Name:

Vorname:

Geburtsdatum

Wie verhüten Sie? Pille Spirale Kondom gar nicht Sterilisation

Nehmen Sie die Pille oder Hormonersatzpräparate?

Wenn ja, welches Präparat?.....

Nehmen Sie Medikamente ein, welche? Ja Nein

.....

.....

.....

Gibt es Erkrankungen bei direkten Blutsverwandten?
(z.B. Krebs, Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Herzinfarkt)

.....

.....

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.
Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich mitteilen.

Datum

Unterschrift

Ich bin mit einer Weiterführung meiner Patientenakte durch die Gemeinschaftspraxis
E. Bischof-Wörner und Dr. med. C. Dragan einverstanden.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Ihr Praxisteam

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: